



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین

ارزیابی تصمیم گیری مبتنی بر شواهد بین مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین: کاربرد تئوری رفتار برنامه ریزی شده

استاد مشاور:
دکتر محمد ذکریا کیایی
محمد حسن ایمانی نسب

استاد راهنما:
دکتر روح اله کلهر

دانشجو:
آقای احمد فریدونی

تابستان - ۹۸



بیان مسئله و مقدمه

✓تصمیم گیری می تواند فرآیند پیچیده ای باشد و همیشه تا حدی عدم قطعیت به دنبال دارد. این فرآیند شامل انواع و منابع ورودی ها و همچنین تفسیر آنها می باشد که ممکن است ذهنی باشد.

✓برخی از صاحب نظران، کیفیت مدیریت را تابع کیفیت تصمیم گیری دانسته و معتقدند که تصمیم گیری به تنهایی مهم ترین وظیفه مدیر است.

✓امروزه در سطح بین المللی توجه فزاینده ای به افزایش بهره گیری از شواهد در تصمیم گیری در زمینه سیاست گذاری و برنامه ریزی وجود دارد

✓نظام های سلامت همیشه متحمل منابع و هزینه های زیادی می شوند؛ از این رو تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، به منظور مطلوب کردن هزینه ها و پیشگیری از اتلاف منابع ضروری است.

بیان مسئله و مقدمه

✓ **تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد یعنی مبتنی بر نتایج پایش، اندازه‌گیری و آنالیز داده‌ها. این بدین معنی است، هنگامی که تصمیم‌گیری بر اساس نتایج قابل پیگیری و اطلاعات واقعی باشد، طبیعتاً دستیابی به خروجی مورد نظر سهل‌تر خواهد بود.**

✓ **سَکَت و همکاران در سال ۲۰۰۰ دو مرحله جداگانه برای عمل مبتنی بر شواهد تعریف کردند: اول، مرحله تولید شواهد است که به اطلاعات دانشگاهی یک حرفه، متکی است و دوم، مرحله استفاده از این شواهد در عمل و تصمیم‌گیری آگاهانه بر اساس این اعمال می‌باشد.**

✓ **این پایان‌نامه تلاش می‌کند تا اطلاعات موجود درباره تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را بررسی کند و بخشی از شواهد را ارائه دهد که به مدیران اجازه می‌دهد اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری و اطمینان مناسب در مورد تصمیمات را مرتفع نمایند. علاوه بر این، این پایان‌نامه بر روی فرآیند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تمرکز دارد و نشان می‌دهد که چگونه سطوح مختلف طراحی شده در هر مرحله بر این فرآیند تأثیر می‌گذارد**

بیان مسئله و مقدمه

✓ یکی از این نظریه ها، تئوری رفتار برنامه ریزی شده است. این تئوری در مطالعات زیادی به عنوان یکی از موفق ترین تئوری های رفتاری در تبیین رفتار و مشخص کردن مهم ترین فاکتورهای اثرگذار بر آن بکار رفته است.

✓ تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر این فرض استوار است که افراد را به عنوان عملکردهای منطقی فرض می نماید که قبل از قصد و اقدام برای انجام یک رفتار، اطلاعات مربوط به آن را فرآوری می کند. در این مدل قصد به وسیله سه سازه مستقل نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده شکل می گیرد.

✓ نگرش نسبت به رفتار، مربوط به ارزیابی مطلوب یا نامطلوب توسط یک شخص نسبت به یک رفتار خاص می باشد. هنجار ذهنی، مربوط به فشارهای اجتماعی درک شده برای انجام دادن یا ندادن یک رفتار می باشد و نهایتاً کنترل رفتاری درک شده، اشاره به باور یک نفر درباره داشتن توانایی، منابع و فرصت برای انجام یک رفتار است و از طریق باورهای کنترل و قدرت عوامل کنترل و یا سهولت یا سختی درک شده انجام رفتار سنجیده می شود

بیان مسئله و مقدمه

✓مهمترین هدف تصمیم گیری مبتنی بر شواهد بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده، تاثیرگذاری بر رفتارهای افراد به منظور اصلاح و بهبود نگرش ها و افزایش پذیرش یک ایده منطقی می باشد.

✓علت انتخاب تئوری رفتار برنامه ریزی شده در حوزه تصمیم گیری این است که بتوان تصمیمات مبتنی بر شواهد را به صورت تغییرات دائمی در رفتار ذی نفعان نهادینه کرد؛ به طوری که به بیشترین اثربخشی در سیستم سلامت دست یافت.

✓با توجه به اهمیت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و نیز قابلیت پذیرش و اجرای آن در سطح مدیران و فعالان حوزه سلامت و نیز اهمیت تغییر رفتار که به وسیله تئوری رفتار برنامه ریزی شده محقق می شود، لذا هدف از این مطالعه، ارزیابی وضعیت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد بین مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده بود.



اهداف پژوهش

هدف کلی:

تعیین تعیین وضعیت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران
دانشگاه علوم پزشکی قزوین بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده

اهداف پژوهش

اهداف اختصاصی :

- ✓ تعیین وضعیت نگرش مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین نسبت به تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با دو رویکرد مستقیم، غیرمستقیم و ترکیبی
- ✓ تعیین وضعیت هنجار ذهنی مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین درباره تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با دو رویکرد مستقیم، غیرمستقیم و ترکیبی
- ✓ تعیین وضعیت کنترل رفتاری درک شده مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین درباره تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با دو رویکرد مستقیم، غیرمستقیم و ترکیبی
- ✓ تعیین وضعیت قصد رفتاری مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین درباره تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با دو رویکرد مستقیم، غیرمستقیم و ترکیبی
- ✓ تعیین وضعیت رفتاری مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین درباره تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با دو رویکرد مستقیم، غیرمستقیم و ترکیبی
- ✓ تعیین رابطه بین نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده با قصد و رفتار مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین درباره تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با دو رویکرد مستقیم، غیرمستقیم و ترکیبی



فرضیات پژوهش یا سوالات پژوهشی

✓ باورهای هنجاری بر باورهای رفتاری تأثیر معناداری دارد.

✓ باورهای هنجاری بر باورهای کنترلی تأثیر معناداری دارد.

✓ باورهای کنترلی بر باورهای رفتاری تأثیر معناداری دارد.

✓ باورهای کنترلی بر کنترل رفتار درک شده تأثیر معناداری دارد.

✓ باورهای هنجاری بر هنجار ذهنی تأثیر معناداری دارد.

✓ باورهای رفتاری بر نگرش به رفتار تأثیر معناداری دارد.

✓ کنترل رفتار درک شده بر قصد رفتاری تأثیر معناداری دارد.

✓ هنجار ذهنی بر قصد رفتاری تأثیر معناداری دارد.

✓ نگرش بر رفتار بر قصد رفتاری تأثیر معناداری دارد.

✓ قصد رفتاری بر رفتار تأثیر معناداری دارد.

✓ کنترل رفتار درک شده بر رفتار تأثیر معناداری دارد.



مروری بر مطالعات و متون گذشته

محققین	سال	یافته ها
علوی و همکاران	۲۰۱۵	<p>- آگاهی مدیران از تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در بیمارستان ها برابر بود و تفاوت معناداری نداشت.</p> <p>- بین سطوح تحصیلی مدیران و آگاهی از مدیریت مبتنی بر شواهد و آگاهی مدیران، وضعیت تاهل و سن، همبستگی معناداری وجود نداشت</p> <p>- آگاهی محدود مدیران بیمارستان درباره مدیریت مبتنی بر شواهد، یک چالش عمده برای مدیریت پیچیده و کارآمد در سازمان های بهداشتی دانسته شد.</p>
استون براکرو همکاران	۲۰۱۸	<p>دانشجویان آگاهی تصمیم، ایجاد فرایند تصمیم گیری و تصمیم گیری را در کنار حوزه های مدیریت و اصول پایه ای کسب و کار آموختند.</p> <p>- دانشجویان آگاهی تصمیم، ایجاد فرایند تصمیم گیری و تصمیم گیری را در کنار حوزه های مدیریت و اصول پایه ای کسب و کار آموختند.</p> <p>- دانشجویان مهارت های افزایش یافته در تصمیم گیری، هر دو به طور جداگانه و در گروه ها درک می کنند.</p>
یلدیز و همکاران	۲۰۱۵	<p>- تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، موضوعی نسبتاً جدید در زمینه کتابداری است و به معنای استفاده از داده ها و واقعیت های موجود در وضعیت موجود در بهترین حالت ممکن است.</p> <p>- تأکید بر راه حل های متناسب با یک کتابخانه و مفهوم تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اهمیت آن در مدیریت کتابخانه مورد بحث قرار خواهد گرفت</p>



مروری بر مطالعات و متون گذشته

محققین	سال	یافته ها
ایمانی نسب و همکاران	۱۳۹۶	سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در چهار طبقه بندی قرار گرفت که شامل: ارزیابی، تطبیق، کاربرد و اکتساب بود روند استفاده از شواهد در سیاست گذاری های وزارت بهداشت ایران، موضوعی است که سابقه چندانی در پشتیبانی از توسعه سیاست های بهداشتی و درمانی ندارد. فرصت های قابل توجهی برای بهبود تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در سیستم سیاستگذاری وزارت بهداشت ایران وجود دارد. پیشنهاد می گردد که ابزارها و فرایندهای پشتیبانی قوی و بومی از تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد در کشورهای در حال توسعه، به کار گرفته شود.
زاردو و همکاران	۲۰۱۴	عوامل بیرونی توانستند به طور قابل ملاحظه ای فرایندهای تصمیم گیری را در سیاست و برنامه را تحت تاثیر قرار دهند: به عنوان موانع و تسهیل کننده ها، با توجه به مسئله خاصی که در دست داشت، عمل می کرد. عوامل مؤثر بر نفوذ وزیر و دولت، وکلا و سهامداران آژانس، به ویژه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، اتحادیه های کارگری و کارفرمایان بود. این تحقیق نشان داد که مداخلات به منظور افزایش استفاده از تحقیق در این زمینه باید هدف قرار دادن و مهار نفوذ این گروه ها باشد. این تحقیق بینش های بحرانی را برای محققانی که به منظور طراحی مداخلات برای افزایش استفاده از تحقیقات در محیط های سیاسی و تاثیر تصمیم گیری در جبران آسیب های پیشگیرانه و توانبخشی ویکتوریا اقدام می کنند، فراهم کرد



مروری بر مطالعات و متون گذشته

محققین	سال	یافته ها
رضاییگی داورانی و همکاران	۱۳۹۶	<p>همبستگی مثبت و مستقیمی بین کلیه سازه ها وجود دارد.</p> <p>سازه های نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد ۳۷ درصد رفتار را پیش بینی کردند.</p> <p>نقش قصد در پیش بینی رفتار بیشتر از سایر سازه ها بود و کنترل رفتاری درک شده قوی ترین سازه مرتبط با قصد شناخته شد.</p> <p>کنترل رفتاری درک شده پیش بینی کننده قوی برای قصد و رفتار تغذیه ای بود، لذا انتظار می رود برای بهبود رفتار تغذیه ای مداخلات آموزشی بر اساس این سازه طراحی گردد</p>
جوادزاده و همکاران	۱۳۹۴	<p>بین میانگین نمره رفتار پرستاران و متغیرهای وضعیت تاهل، شرکت در کلاس های بازآموزی، نوع استخدامی، سابقه کار، پست سازمانی ارتباط معناداری وجود داشت.</p> <p>توان پیشگویی کنندگی رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیماران توسط سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده ۳۱ درصد بود.</p> <p>از میان سازه های این نظریه، کنترل رفتاری درک شده بهترین پیشگویی کننده قصد و رفتار آزمودنی ها برای به کارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش بیمار بود.</p> <p>نتایج این مطالعه نشان داد که سازه کنترل رفتاری درک شده بهترین پیشگویی کننده قصد و رفتار پرستاران بود. لذا پیشنهاد شد که برنامه های آموزشی مدون در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش بیمار جهت اثربخشی بیشتر آن بر سازه کنترل رفتاری درک شده به طور ویژه توجه گردد.</p>

مواد و روش کار

نوع مطالعه

✓ پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع توصیفی - تحلیلی و از نظر زمانی مقطعی است و از آنجایی که بر اساس نتایج پژوهش می توان راهکارهای مناسب ارایه و آنها را به کار گرفت، ماهیت پژوهش از نظر نتایج کاربردی است.

جامعه و مکان پژوهش

✓ جامعه آماری پژوهش ۳۰۷ نفر از مدیران سطوح مختلف دانشگاه علوم پزشکی قزوین (ارشد، میانی و عملیاتی) بودند.

نمونه ها و روش نمونه گیری و فرمول نمونه گیری

✓ با توجه به محدود بودن جامعه آماری، کل جامعه مورد نظر (۳۰۷ نفر) به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روش کار

ابزار گردآوری داده ها و ویژگی های روانسنجی آن

✓ ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه‌ی دو قسمتی بود که قسمت اول مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل جنس، سن، سطح تحصیلات، سابقه شغلی، سمت شغلی، رشته شغلی و محل خدمت) و قسمت دوم مربوط به پرسشنامه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود.

مواد و روش کار

پرسشنامه تصمیم گیری مبتنی بر شواهد بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده این پرسشنامه شامل ۵۰ سوال می باشد که ۸ مولفه یا سازه را می سنجد. سازه ها شامل:

✓ رفتار: سوالات (۱، ۲ و ۳)

✓ قصد: سوالات (۴، ۳۴ و ۴۷)

✓ نگرش به رفتار (رویکرد مستقیم): سوالات (۴۸ تا ۵۰)

✓ نگرش به رفتار (رویکرد غیر مستقیم): سوالات (۵ تا ۱۰)

✓ هنجار ذهنی (رویکرد مستقیم): سوالات (۱۱ تا ۱۳)

✓ هنجار ذهنی (رویکرد غیر مستقیم): سوالات (۱۴ تا ۲۳)

✓ کنترل رفتاری درک شده (رویکرد مستقیم): سوالات (۲۴ تا ۲۷)

✓ کنترل رفتاری درک شده (رویکرد غیر مستقیم): (۲۸ تا ۳۳) و (۳۵ تا ۴۶)

✓ پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای کاملاً موافقم (نمره ۵)، موافقم (نمره ۴)،

نظری ندارم (نمره ۳)، مخالفم (نمره ۲) و کاملاً مخالفم (نمره ۱) طراحی شده است.



مواد و روش کار

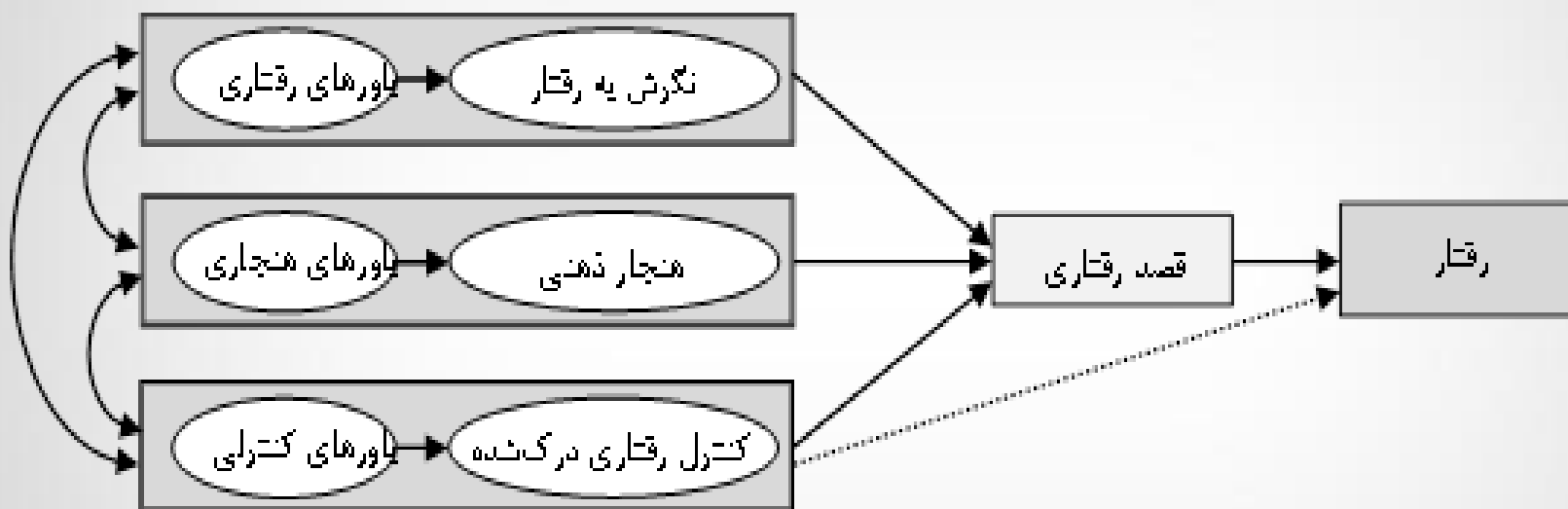
روایی و پایایی ابزار گردآوری داده

✓ روایی و پایایی پرسشنامه توسط ایمانی نسب و همکاران مورد تأیید قرار گرفت. شاخص روایی محتوایی ابزار ۰/۸۳ و شاخص روایی صوری آن ۰/۶۷ بود که با برگزاری پانل خبرگان بهبود یافت. آزمون پایایی سوالات غیرمستقیم نشان داد همبستگی درون گروهی کل ابزار ۰/۸۹۴ و قابل قبول بود. دامنه آلفای کرونباخ برای آزمون همسانی درونی سوالات مستقیم ۰/۹۱۲-۰/۷۳۳ بوده و تأیید گردید.



مواد و روش کار

مدل مفهومی پژوهش



مدل مفهومی پژوهش

مواد و روش کار

آنالیز آماری

تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و با آزمون های آماری توصیفی انجام شد. برای آزمون روابط ساختاری بین متغیرهای مورد مطالعه از الگوسازی معادلات ساختاری استفاده شد. از آنجا که سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده با هم همبستگی داشته و برای سنجش آنها از سوالات آشکار استفاده می شود، لذا برای تحلیل داده های این بخش از مطالعه، از الگوسازی معادلات ساختاری و نرم افزار مربوطه AMOSS-22 که واجد شرایط لازم برای اعمال ویژگی های مذکور است، استفاده شد.

یافته ها

بر اساس روش کار با استفاده از پرسشنامه یافته ها به شرح زیر گزارش می شوند:

۱: آمار توصیفی: چگونگی توزیع افراد نمونه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

چگونگی توزیع افراد نمونه بر اساس جنسیت

توزیع افراد نمونه بر حسب جنس

توزیع افراد نمونه بر حسب جنس		
جنسیت	مرد	زنان
مرد	۶۳	۲۴,۹ درصد
زن	۱۹۰	۷۵,۱ درصد
جمع	۲۵۳	۱۰۰,۰ درصد

توزیع افراد نمونه بر حسب میزان تحصیلات

توزیع افراد نمونه بر حسب تحصیلات		
فراوانی	درصد	
۱۱	۴,۳	فوق دیپلم و پایین تر
۱۵۹	۶۲,۸	لیسانس
۶۰	۲۳,۷	فوق لیسانس
۲۳	۹,۱	دکتری
۲۵۳	۱۰۰,۰	جمع

توزیع افراد نمونه بر حسب رشته شغلی

توزیع افراد نمونه بر حسب میزان درآمد		
فراوانی	درصد	
۱۹۶	۷۷,۵	بهداشتی درمانی
۳۶	۱۴,۲	ادارای مالی
۷	۲,۸	فنی مهندسی
۹	۳,۶	آموزش
۵	۲	سایر
۲۵۳	۱۰۰,۰	جمع



توزیع افراد نمونه بر حسب نوع استخدام

توزیع افراد نمونه بر حسب نوع استخدام		
درصد	فراوانی	
۷۵,۱	۱۹۰	رسمی
۱۲,۳	۳۱	پیمانی
۹,۹	۲۵	طرحی/قرارداد
۲,۸	۷	سایر
۱۰۰,۰	۲۵۳	جمع

توزیع افراد نمونه بر حسب تاهل

توزیع افراد نمونه بر حسب تاهل		
درصد	فراوانی	
۸۸,۵	۲۲۴	متاهل
۱۱,۵	۲۹	مجرد
۱۰۰,۰	۲۵۳	جمع



میانگین متغیرهای کمی و ابعاد پرسشنامه

میانگین نمره توانمندی و انتقال دانش و ابعاد آن ها به تفکیک بیمارستان

میانگین	انحراف معیار	
۴۰,۵۵	۷,۴۱	سن
۱۷,۷۳	۱۴,۷۱	سابقه
۱۴,۷۱	۶,۱۷	سابقه مدیریت



۲: آمار استنباطی

۱-۲: مدل یابی معادلات ساختاری (SEM)

بررسی پایایی پرسشنامه پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ

متغیر	ابعاد	شمارهٔ سوالات	ضریب آلفای کرونباخ
	رفتار	۱، ۲، ۳	۰/۷۳۲
	قصد رفتاری	۴، ۳۴، ۴۷	۰/۷۰۱
	نگرش به رفتار	۴۸، ۴۹، ۵۰	۰/۷۱۳
توانمندی	هنجار ذهنی	۱۱، ۱۲، ۱۳	۰/۷۸۷
	کنترل رفتاری درک شده	۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷	۰/۸۲۴
	باورهای رفتاری	۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰	۰/۸۱۲
	باورهای هنجاری	۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳	۰/۸۰۶
	باورهای کنترلی	۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶	۰/۸۱۱
ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات			۰/۸۴۸

۲-۱-۱: چگونگی توزیع عامل های استخراج شده بر اساس شاخص های مرکزی، پراکندگی

شاخص های مرکزی، پراکندگی و توزیع عامل های استخراج شده							
	رفتار	قصد رفتاری	نگرش به رفتار	هنجار ذهنی	کنترل رفتاری درک شده	باورهای رفتاری	باورهای هنجاری
باورهای کنترلی							
میانگین	۱۱.۳۴۳	۱۲.۱۹۳	۱۰.۷۹۸	۱۰.۸۶۵	۱۳.۸۱۴	۱۶.۹۸۴	۲۵.۳۲۴
نرأف معیار	۲.۳۱۳	۲.۰۶۵	۱.۸۶۷	۲.۳۰۰	۲.۷۷۷	۴.۵۰۳	۶.۳۳۶
اریانس	۵.۳۵۴	۴.۲۶۸	۳.۴۸۷	۵.۲۹۱	۷.۷۱۵	۲۰.۲۸۵	۴۰.۱۴۹
باورهای کنترلی							۳۶.۴۹۰



۲-۱-۲: بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

آزمون کولموگروف اسمیرنوف عامل های استخراج شده								
عاملها								
حجم نمونه	رفتار	قصد رفتاری	نگرش به رفتار	هنجار ذهنی	کنترل رفتاری درک شده	باورهای رفتاری	باورهای هنجاری	باورهای کنترلی
۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳	۲۵۳
پارامترهای توزیع نرمال	۱۱.۳۴۳	۱۲.۱۹۳	۱۰.۷۹۸	۱۰.۸۶۵	۱۳.۸۱۴	۱۶.۹۸۴	۲۵.۳۲۴	۳۶.۴۹۰
	۲.۳۱۳	۲.۰۶۵	۱.۸۶۷	۲.۳۰۰	۲.۷۷۷	۴.۵۰۳	۶.۳۳۶	۹.۲۶۴
آماره آزمون								
سطح معنی داری	۰.۱۸۱	۰.۳۴۳	۰.۱۵۹	۰.۴۵۵	۰.۲۹۲	۰.۵۴۱	۰.۴۱۳	۰.۴۰۱
نتیجه آزمون	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال
نتیجه قضیه حد مرکزی	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال	نرمال

۲-۱-۳: بررسی برازش مدل مفهومی پژوهش

منظور از برازش مدل این است که تا چه حد یک مدل با داده های مربوطه سازگاری و توافق دارد. لذا در این قسمت به ارزیابی برازش مدل مفروض پژوهش پرداخته می شود تا از سازگاری آن یا داده های پژوهش اطمینان حاصل گردد بررسی برازش مدل مفهومی پژوهش در دو مرحله صورت پذیرفته است. نخست؛ ارزیابی برازش بخش اندازه گیری مدل و دوم؛ ارزیابی برازش بخش ساختاری مدل، که در ادامه به تفصیل در مورد آنها بحث شده است.



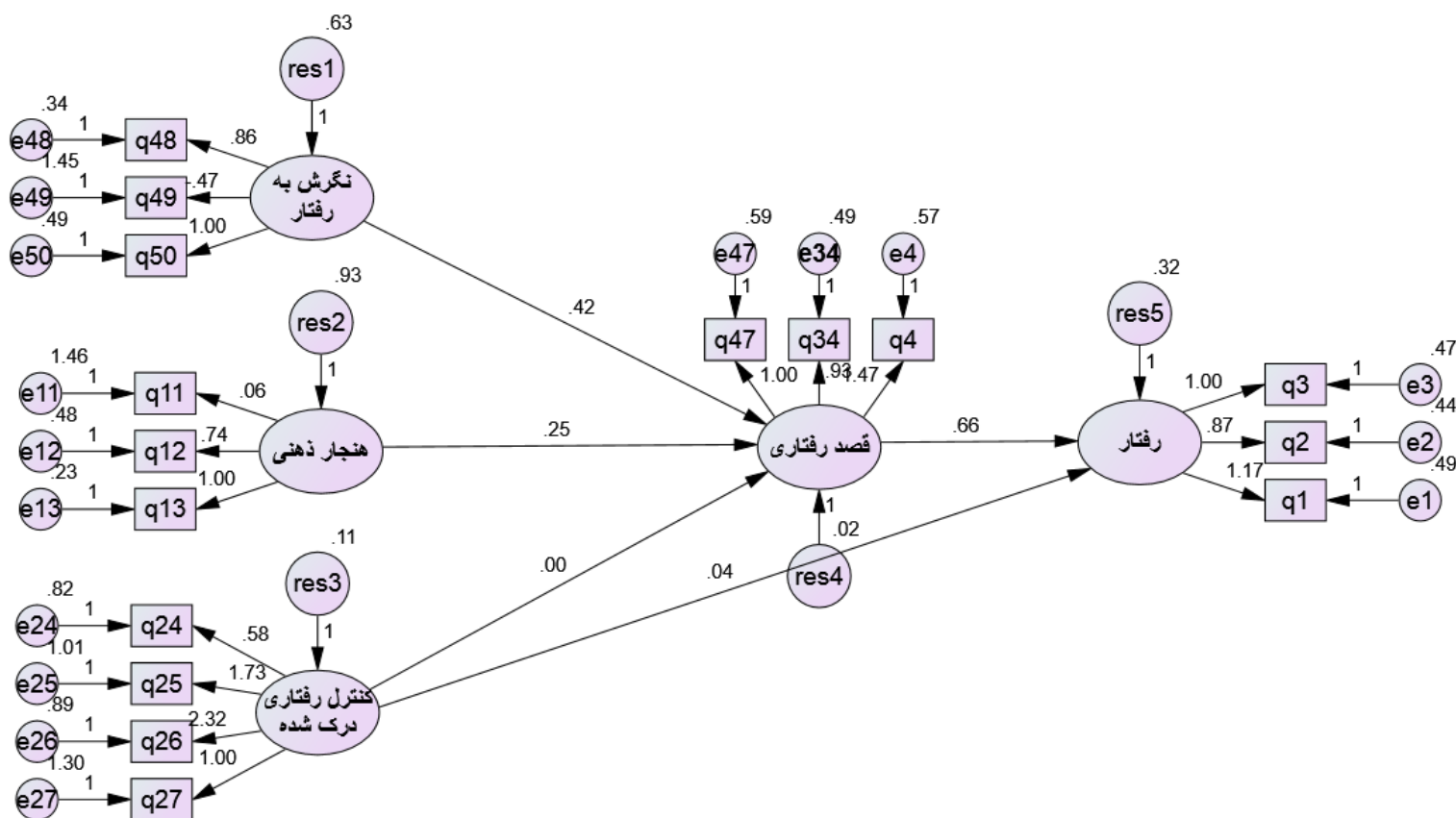
۲-۱-۴: تخمین مدل و آزمون فرضیات مسیر

برای تخمین مدل، پس از جمع آوری داده‌ها و ثبت آن‌ها در نرم‌افزار SPSS، ماتریس‌های واریانس، کوواریانس و ماتریس لامبادا از طریق وارد کردن داده‌ها به نرم‌افزار AMOS و اجرای دستور معادلات ساختاری ساخته شد. همچنین فرضیات مسیر ابعاد در قالب مدل اولیه به صورت ذیل است:

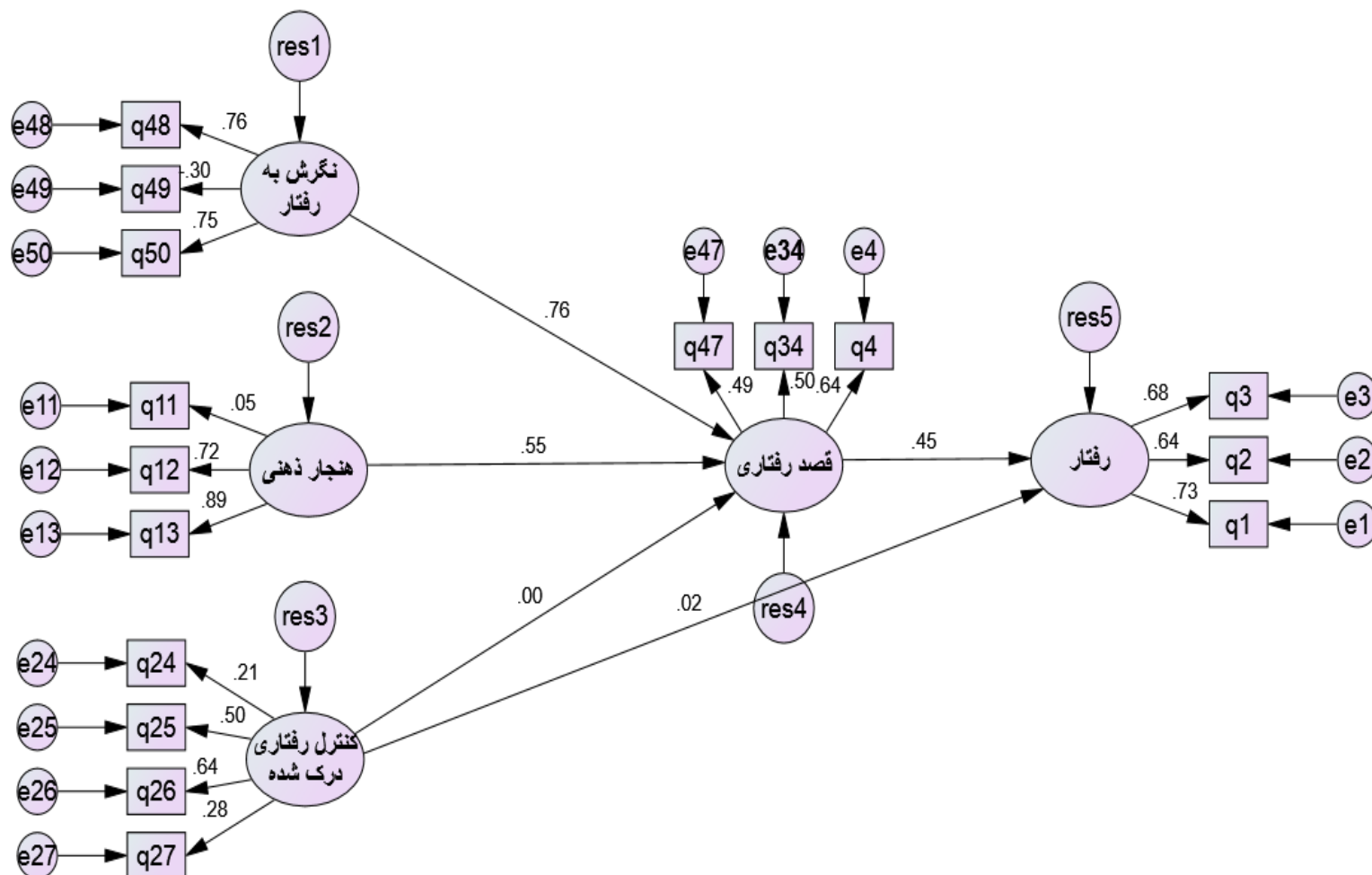
- باورهای هنجاری بر باورهای رفتاری تاثیر معناداری دارد. - باورهای هنجاری بر باورهای کنترلی تاثیر معناداری دارد.
- باورهای کنترلی بر باورهای رفتاری تاثیر معناداری دارد. - باورهای کنترلی بر کنترل رفتار درک شده تاثیر معناداری دارد.
- باورهای هنجاری بر هنجار ذهنی تاثیر معناداری دارد. - باورهای رفتاری بر نگرش به رفتار تاثیر معناداری دارد.
- کنترل رفتار درک شده بر قصد رفتاری تاثیر معناداری دارد. - هنجار ذهنی بر قصد رفتاری تاثیر معناداری دارد.
- نگرش بر رفتار بر قصد رفتاری تاثیر معناداری دارد. - قصد رفتاری بر رفتار تاثیر معناداری دارد.
- کنترل رفتار درک شده بر رفتار تاثیر معناداری دارد.



۱-۲-۴-۱: تخمین مدل و آزمون فرضیات با رویکرد مستقیم



تخمین مدل پژوهش با ضرایب غیراستاندارد برای رویکرد مستقیم



تخمین مدل پژوهش با ضرایب استاندارد برای رویکرد مستقیم



وزن های رگرسیونی در پارامترهای مدل معادلات ساختاری برای رویکرد مستقیم

فرضیهها	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	خطای معیار	CR	P- value	نتیجه فرضیه
۱ هنجار ذهنی <--- قصد رفتاری	.551	.247	.048	5.108	***	تأیید فرضیه مقابل
۲ نگرش به رفتار <--- قصد رفتاری	.763	.415	.069	5.995	***	تأیید فرضیه مقابل
۳ کنترل رفتاری درک شده <--- قصد رفتاری	.003	.004	.114	.038	.970	عدم تأیید فرضیه مقابل
۴ قصد رفتاری <--- رفتار	.450	.661	.152	4.361	***	تأیید فرضیه مقابل
۵ کنترل رفتاری درک شده <--- رفتار	.023	.044	.188	.234	.815	عدم تأیید فرضیه مقابل

***. Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).

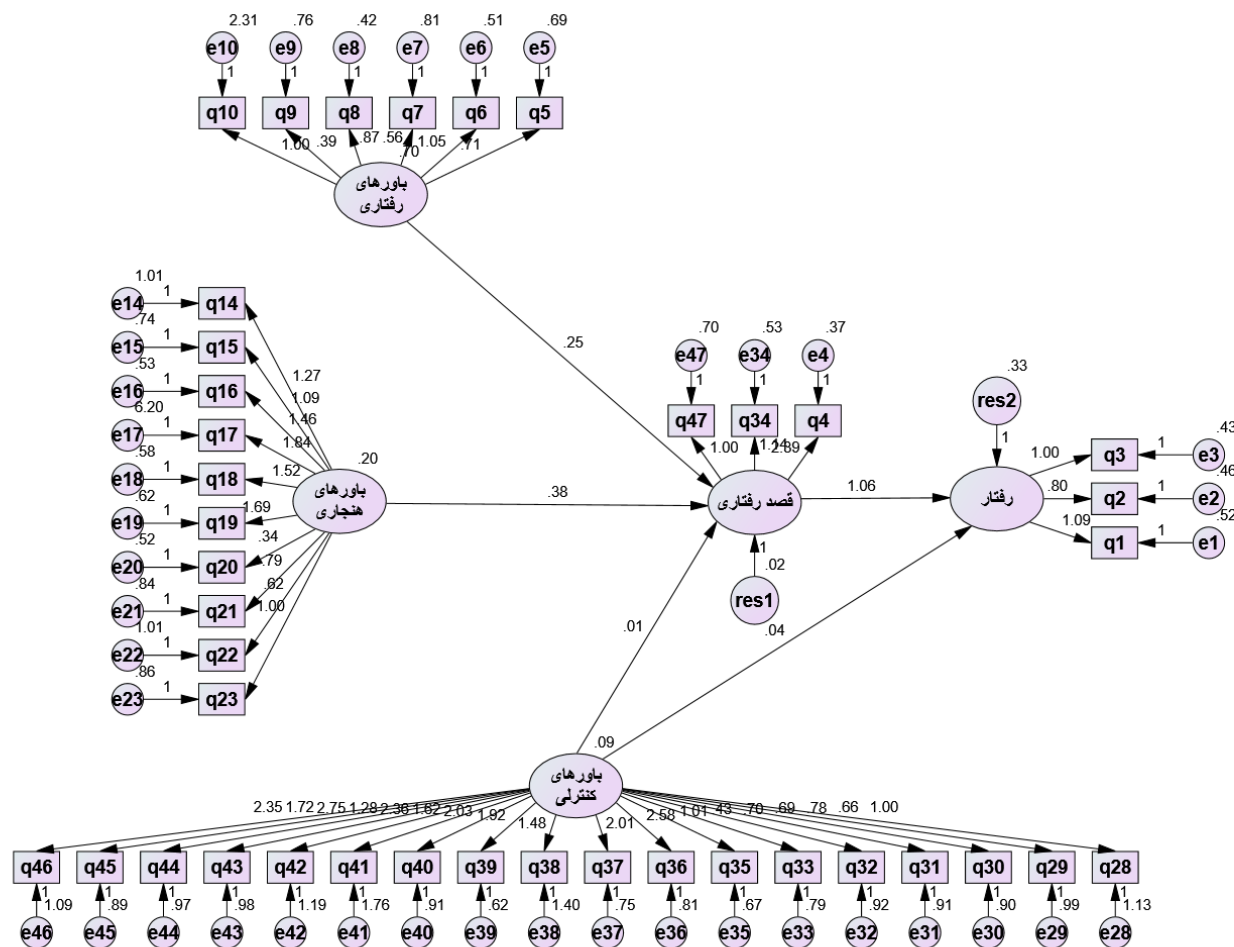


شاخص های برازش مدل مفهومی بازتعریف شده

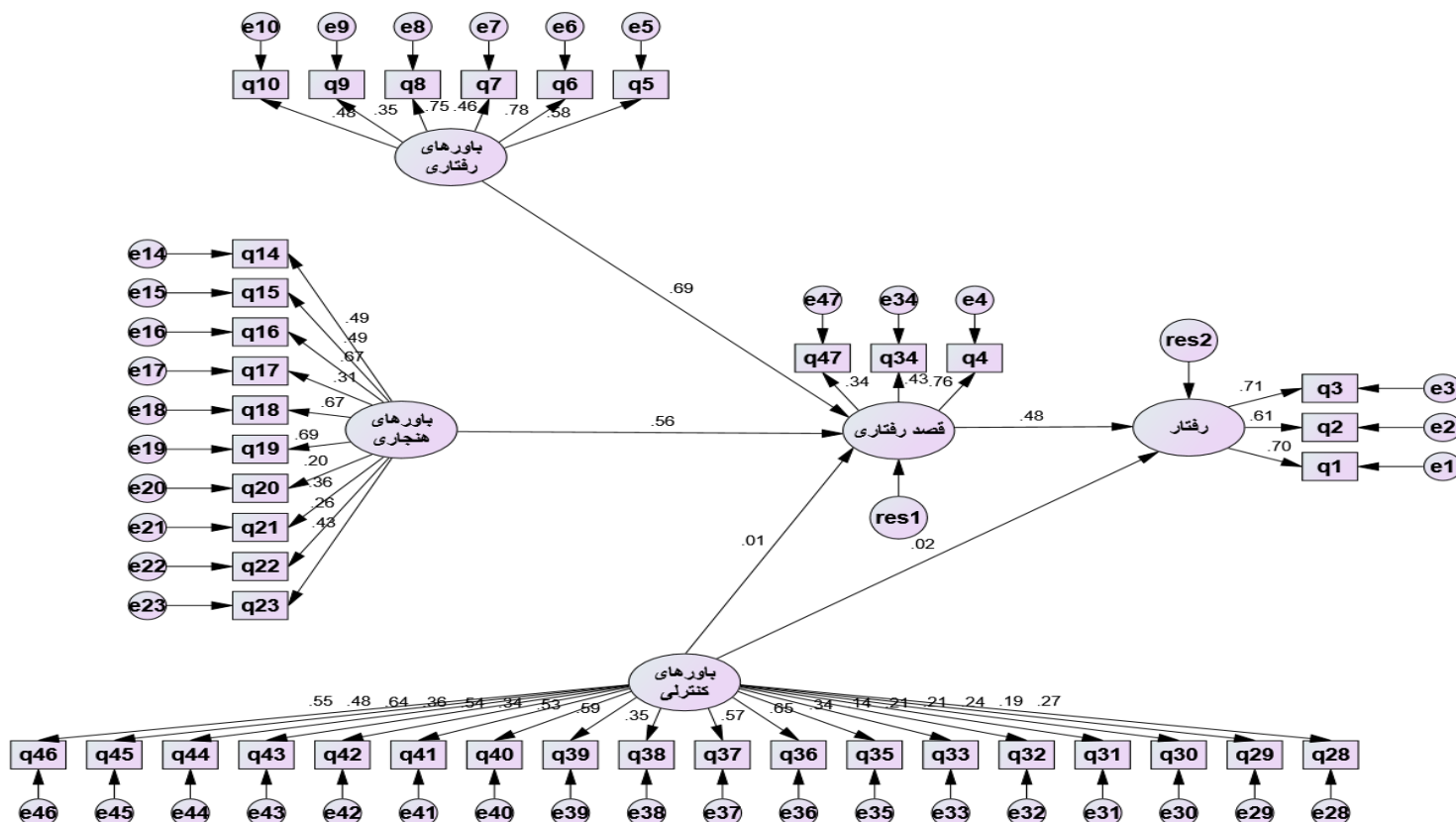
نام شاخص	حد مجاز	مقدار بدست آمده
$\frac{\chi^2}{df}$ (کای دو)	کمتر از ۳	۲,۷۴۱
GFI (نیکویی برازش)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۰۳
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	کمتر از ۰/۰۸	۰,۰۷۳
CFI (شاخص برازش مقایسه های تعدیلیافته)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۱۳
NFI (شاخص نرمال شده برازندگی)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۲۴



۱-۲-۴-۱: تخمین مدل و آزمون فرضیات با رویکرد غیرمستقیم



تخمین مدل پژوهش با ضرایب غیراستاندارد برای رویکرد غیرمستقیم



تخمین مدل پژوهش با ضرایب استاندارد برای رویکرد غیرمستقیم

وزن های رگرسیونی در پارامترهای مدل معادلات ساختاری برای رویکرد غیرمستقیم

فرضیهها	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	خطای معیار	CR	P-value	نتیجه فرضیه
۱ باورهای رفتاری <--- قصد رفتاری	.694	.250	.062	3.998	***	تأیید فرضیه مقابل
۲ باورهای هنجاری <--- قصد رفتاری	.564	.381	.103	3.709	***	تأیید فرضیه مقابل
۳ باورهای کنترلی <--- قصد رفتاری	.012	.012	.068	.173	.863	عدم تأیید فرضیه مقابل
۴ قصد رفتاری <--- رفتار	.482	1.056	.280	3.775	***	تأیید فرضیه مقابل
۵ باورهای کنترلی <--- رفتار	.018	.040	.175	.231	.817	عدم تأیید فرضیه مقابل

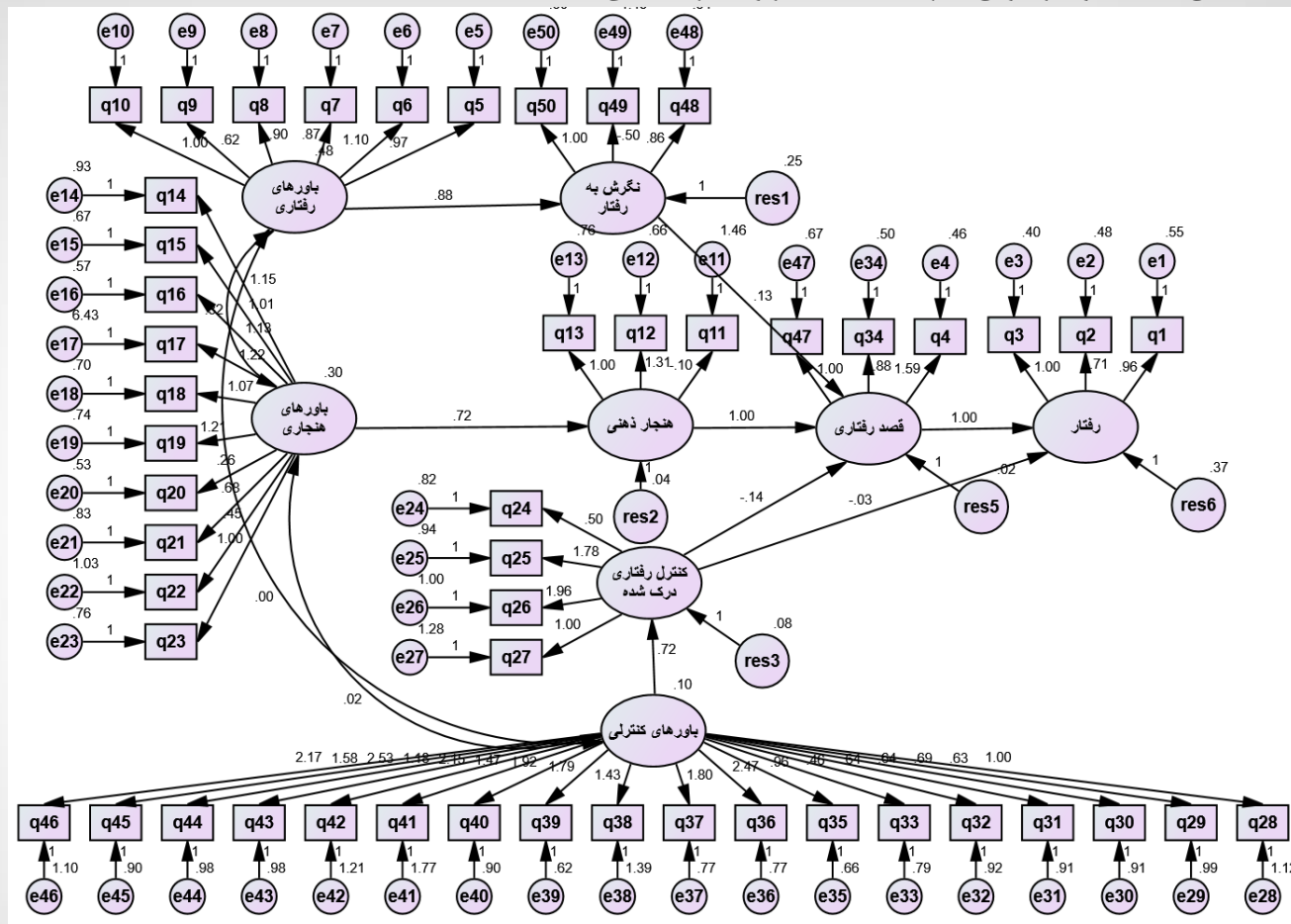
***. Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).



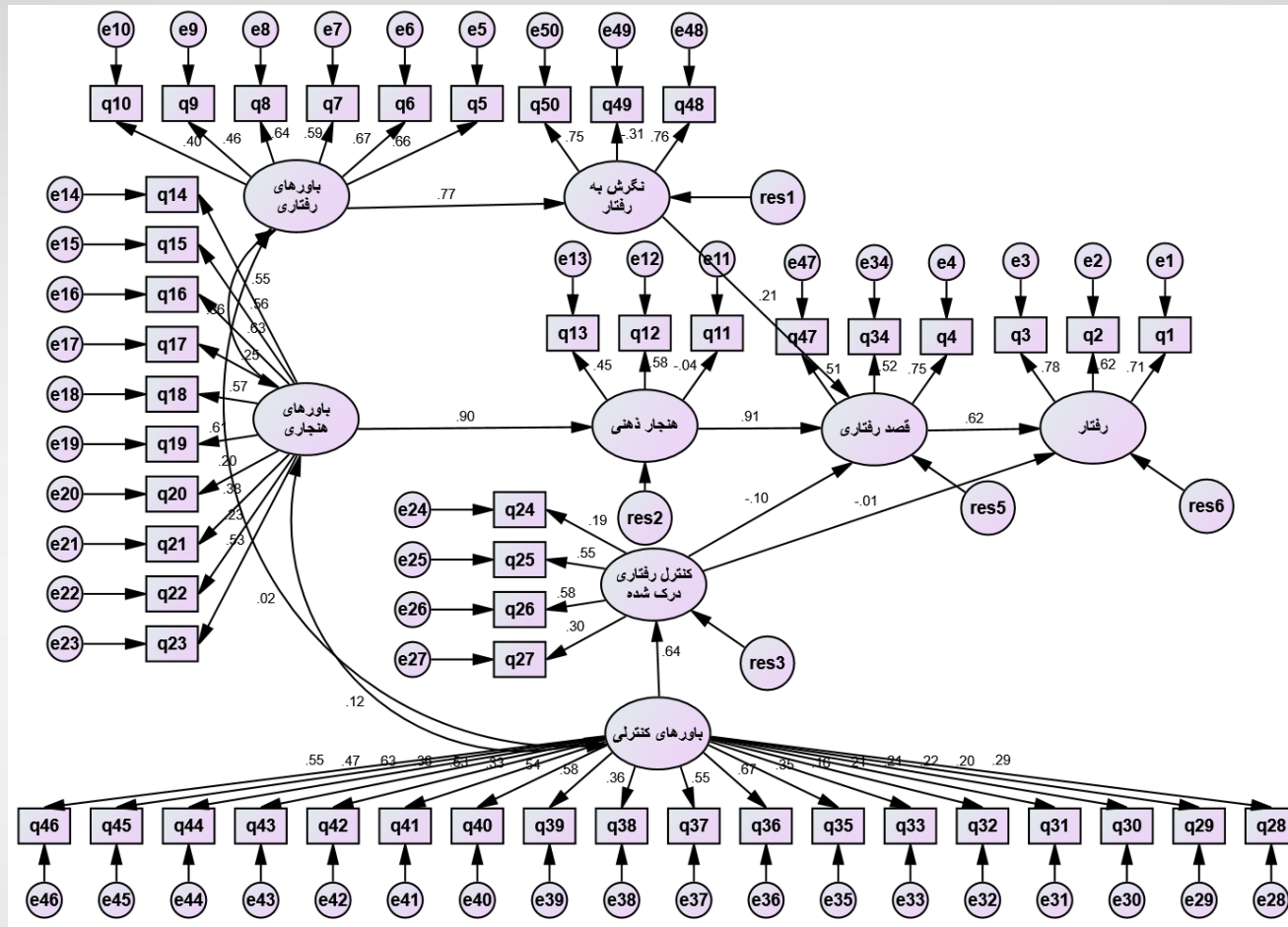
شاخص های برازش مدل مفهومی بازتعریف شده

نام شاخص	حد مجاز	مقدار بدست آمده
$\frac{\chi^2}{df}$ (کای دو)	کمتر از ۳	۲,۸۳۷
GFI (نیکویی برازش)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۰۴
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	کمتر از ۰/۰۸	۰,۰۷۵
CFI (شاخص برازش مقایسه های تعدیلیافته)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۱۸
NFI (شاخص نرمال شده برازندگی)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۳۱

۲-۱-۴: تخمین مدل و آزمون فرضیات با رویکرد کلی



تخمین مدل پژوهش با ضرایب غیراستاندارد



تخمین مدل پژوهش با ضرایب استاندارد

وزن های رگرسیونی در پارامترهای مدل معادلات ساختاری

فرضیهها	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	خطای معیار	CR	P-value	نتیجه فرضیه
۱ باورهای هنجاری <--> باورهای رفتاری	.857	.325	.070	4.632	***	تأیید فرضیه مقابل
۲ باورهای هنجاری <--> باورهای کنترلی	.116	.020	.014	1.411	.158	عدم تأیید فرضیه مقابل
۳ باورهای کنترلی <--> باورهای رفتاری	.019	.004	.017	.247	.805	عدم تأیید فرضیه مقابل
۴ باورهای کنترلی <--- کنترل رفتار درک شده	.636	.720	.264	2.727	.006	تأیید فرضیه مقابل
۵ باورهای هنجاری <--- هنجار ذهنی	.896	.724	.107	6.769	***	تأیید فرضیه مقابل
۶ باورهای رفتاری <--- نگرش به رفتار	.770	.877	.162	5.399	***	تأیید فرضیه مقابل
۷ کنترل رفتار درک شده <--- قصد رفتاری	-.102	-.138	.097	-1.425	.154	عدم تأیید فرضیه مقابل
۸ هنجار ذهنی <--- قصد رفتاری	.912	1.000				
۹ نگرش به رفتار <--- قصد رفتاری	.210	.129	.052	2.485	.013	تأیید فرضیه مقابل
۱۰ قصد رفتاری <--- رفتار	.620	1.000				
۱۱ کنترل رفتار درک شده <--- رفتار	-.013	-.028	.185	-.152	.880	عدم تأیید فرضیه مقابل

***. Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed).



شاخص های برازش مدل مفهومی بازتعریف شده

نام شاخص	حد مجاز	مقدار بدست آمده
$\frac{\chi^2}{df}$ (کای دو)	کمتر از ۳	۲,۷۴۱
GFI (نیکویی برازش)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۰۳
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	کمتر از ۰/۰۸	۰,۰۷۳
CFI (شاخص برازش مقایسه های تعدیلیافته)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۱۳
NFI (شاخص نرمال شده برازندگی)	بالاتر از ۰/۹	۰,۹۲۴

بحث

➤ پایایی سوالات پرسشنامه در این پژوهش توسط ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای سوالات هریک از عامل های استخراج شده و نیز ضریب الفای کل سوالات پرسشنامه در سطحی بالاتر از $0/7$ قرار دارد که گواه بر پایایی و قابل اعتماد بودن سوالات پرسشنامه به کار گرفته شده است.

➤ در مطالعه بویکو و همکارانش برای آزمون پایایی ابزار مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده، از روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ و ضرایب تعمیم پذیری و نیز آزمون-باز آزمون با برآورد ضرایب همبستگی پیرسون و ضرایب تعمیم پذیری هر سازه و کل ابزار استفاده شد. در این مطالعه همسانی درونی سوالات هر سازه با دامنه آلفای $0/68$ تا $0/89$ قابل قبول بود که با نتایج همسانی درونی محاسبه شده در این مطالعه ($0/701$ تا $0/824$) حدوداً برابر بود.

➤ در مطالعه گروث نیز پایایی ابزار از طریق همسانی درونی و روایی همگرا و واگرایی متغیرهای پنهان محاسبه شد. دامنه آلفای کرونباخ محاسبه شده در این مطالعه برای متغیرهای پنهان بین $0/72$ و $0/85$ بود که اندکی از مقادیر مشابه برآورد شده در مطالعه حاضر بالاتر بودند.

بحث

➤ در مطالعه حاضر سازه‌های باورهای رفتاری و نگرش به رفتار، باورهای هنجاری و هنجار ذهنی، باورهای کنترلی و کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار اندازه‌گیری شدند. روابط بین سازه‌های «باورهای هنجاری با رفتار»، «باورهای کنترلی با کنترل رفتار درک شده»، «باورهای هنجاری با هنجار ذهنی»، «باورهای رفتاری با نگرش به رفتار»، «هنجار ذهنی و قصد رفتاری»، «نگرش به رفتار و قصد رفتاری» و «قصد و رفتار» معنادار بود.

➤ الگوهای ساختاری در حالت تخمین استاندارد نشان داد مهمترین پیش‌گویی‌کننده قصد تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد هنجار ذهنی آنهاست؛ به‌طوریکه هر واحد افزایش در نگرش تصمیم‌گیران موجب ۹۱٪ افزایش در قصد خواهد شد. قدرت پیش‌گویی سازه نگرش بر قصد شرکت‌کنندگان در مطالعه برای تولید تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد بیش از سازه کنترل رفتاری درک شده بود؛ به‌طوریکه هر واحد افزایش در سازه نگرش موجب ۲۱٪ افزایش در قصد خواهد شد؛ در حالی که هر واحد افزایش در کنترل رفتاری درک شده موجب ۱۰٪ افزایش در سازه قصد خواهد شد. همچنین هر واحد افزایش در قصد، موجب ۲۱٪ افزایش در رفتار (تولید محصولات کارشناسی مبتنی بر شواهد) خواهد شد. هم‌چنین سازه قصد توانست ۶۲٪ رفتار را تبیین کند.

بحث

➤ در مطالعه گروث قویترین پیش‌گویی‌کننده قصد، نگرش به رفتار با قدرت پیش‌گویی ۴۳٪ بود که از مقدار مشابه در مطالعه حاضر ۲۲٪ بیشتر است. قدرت پیش‌گویی سازه هنجار ذهنی در مطالعه گروث ۳۴٪ بود که از مقدار مشابه در مطالعه حاضر ۵۷٪ کم تر است. در مطالعات انجام‌شده با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، میزان تغییرات تبیین‌شده قصد عموماً حدود ۴۰٪ گزارش شده است که از مقادیر برآوردشده در مطالعه حاضر بیشتر است. لذا قدرت پیش‌گویی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای تبیین قصد بهره‌برداری از شواهد پژوهشی برای تولید تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد کمتر از مطالعات انجام‌شده در سایر حوزه‌های رفتاری است. مقدار پیش‌گویی رفتار توسط سازه قصد در مطالعات مربوط به رفتار سلامت ۳/۱۹٪ بوده است، درحالی‌که در مطالعه حاضر این مقدار ۶۱٪ درصد بود. علت پیشی گرفتن قدرت پیش‌گویی رفتار توسط سازه قصد در مطالعه حاضر ممکن است به علت سنجش رفتار به‌صورت خوداظهاری باشد، درحالی‌که در اکثر مطالعات مربوط به رفتار سلامت، رفتار از طریق مشاهده اندازه‌گیری شد.

بحث

➤ شاخص های نیکویی برازش در مطالعه گروث عبارت بودند از: $CFI = 0.991$ و $RMSEA = 0.039$ که در مقایسه با شاخص های مشابه در مطالعه حاضر $CFI = 0.913$ و $RMSEA = 0.073$ برازش بهتری را نشان می دهند. در صورتی که سطوح تصمیم گیری در نظام سلامت را به سه سطح آرایه خدمت، مدیریت و سیاست گذاری تقسیم کنیم، مطالعه حاضر نشان داد تئوری رفتار برنامه ریزی شده قابلیت تبیین رفتار در سطوح مدیریت و سیاست گذاری را نیز داراست، اما این قابلیت نسبت به قابلیت آن در سطح آرایه خدمت کمتر است. این رخداد را می توان به پیچیدگی بیشتر محیط سیاست گذاری نسبت به محیط تصمیم گیری بالینی نسبت داد. به عبارت دیگر ممکن است عوامل دیگری در تغییرات قصد تصمیم گیری مبتنی بر شواهد موثر باشند که تئوری رفتار برنامه ریزی شده قادر به تبیین آنها نیست. درواقع محدود بودن قدرت پیش گویی تئوری رفتار برنامه ریزی شده یکی از انتقادات وارد بر آن است.

بحث

➤ یافته‌های کمی نشان داد در شرایط جاری عوامل ایجادکننده قصد به‌ترتیب عبارتند از: نگرش به رفتار، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده. به‌عبارت دیگر کنترل رفتاری درک‌شده، کمترین سهم را در ایجاد و تقویت قصد شرکت‌کنندگان در مطالعه برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را داشته است.

➤ اگرچه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توانسته به‌طور متوسط حدود ۴۰ درصد تغییرات قصد در سایر حوزه‌های رفتار را تبیین کند، اما این مقدار در مطالعه کنونی بیش‌تر از مقادیر برآوردشده در مطالعات مربوط به سایر حوزه‌های رفتاری است. عوامل موثر بر رفتارهای مذکور نسبت به رفتار مورد بررسی در مطالعه حاضر پیچیدگی کمتری دارند. رفتارهایی که تاکنون بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، رفتارهایی مانند بستن کمربند ایمنی خودرو، استفاده از کلاه ایمنی توسط راکبین موتورسیکلت، عادات غذایی کودکان و نوجوانان و مانند آن بوده است. عوامل موثر بر رفتارهای مذکور نسبت به رفتار مورد بررسی در مطالعه حاضر پیچیدگی کمتری دارند. ممکن است عوامل ناشناخته دیگری بر رفتار مورد مطالعه موثر باشند که تئوری قادر به تبیین آنها نیست.

بحث

➤ با توجه به محدودیت‌های کاربرد تئوری در مطالعه حاضر رفتار از جمله خودگزارشی رفتار و امکان بروز خطای مطلوبیت اجتماعی نمی‌توان به صرف معناداری روابط ساختاری و قابل قبول بودن شاخص‌های برازش ادعا کرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، الگوی ایده‌آلی برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد است. علاوه‌براین، اگرچه الگوی حاصل از این مطالعه حاکی از برازش قابل قبول و معناداری روابط ساختاری تئوری است، اما این الگو تنها الگویی نیست که با داده‌ها برازش قابل قبولی دارد، ممکن است کماکان الگوهای دیگری وجود داشته باشند که به همین مقدار یا حتی بیشتر با داده‌ها برازش داشته باشند.

نتیجه گیری کلی

- قدرت پیش گویی تصمیم گیری مبتنی بر شواهد توسط تئوری رفتار برنامه ریزی شده نشان داد، اولویت عوامل تبیین کننده قصد از الگوی یکسانی تبعیت می کند و به ترتیب عبارتند از: هنجار ذهنی، نگرش به رفتار و کنترل رفتاری درک شده.
- الگوی ساختاری در مطالعه حاضر برازش خوبی را همانند مطالعات مشابه نشان داد.
- سازه های پیش گوی قصد قادر بود تغییرات قصد و سازه قصد توانست ۶۲٪ رفتار را تبیین کند. قدرت پیش گویی تئوری رفتار برنامه ریزی شده در خصوص تصمیم گیری مبتنی بر شواهد بیشتر از مطالعات انجام شده در خصوص سایر رفتارها بود.

پیشنهادهات

پیشنهادهای اجرایی و پژوهشی

۱. طراحی و اجرای مداخله برای بهبود تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در بین مدیران دانشگاه ها بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده به صورت مطالعه کنترل شده قبل و بعد
۲. شناسایی موانع و تسهیل کننده های تصمیم گیری مبتنی بر شواهد با استفاده از روش تئوری بنیادین
۳. شناسایی عوامل موثر بر بهره برداری از تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در مدیریت با استفاده از سایر تئوری های شناختی مانند تئوری عمل منطقی
۴. ارزیابی اثر کارگاه های آموزشی بر روی تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
۵. مرور نظام مند موانع و تسهیل کننده های تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در حوزه سلامت
۶. مطالعه موردی بهره برداری از تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در سیاست های کلان سلامت

کشور



تشکر و قدردانی

استاد راهنماء: آقای دکتر روح اله کلهر

اساتید مشاور: آقای محمد ذکریا کیایی، آقای دکتر محمدحسن ایمانی نسب

اساتید ناظر: آقایان دکتر صفری و دکتر خسروی زاده

معاونت محترم پژوهشی دانشکده: آقای دکتر امام جمعه

نمایند تحصیلات تکمیلی: آقا دکتر محمدی زیدی



سپاس از
توجه شما